

原 著

女性看護師のバーンアウトの仕事の生産性への影響

井奈波良一

岐阜大学大学院医学系研究科産業衛生学分野

(平成 25 年 8 月 29 日受付)

要旨：【目的】 女性病院看護師のバーンアウトの仕事の生産性への影響を明らかにすること。

【方法】 A 総合病院の経験年数 1 年以上の女性看護師 195 名 (平均年齢 33.1 ± 8.5 歳) の自記式アンケート調査結果について分析した。バーンアウトの仕事の生産性への影響を評価するために、Stanford Presenteeism Scale の日本語版¹⁾を用い、「一番の健康上の問題」を「こころの問題」に置換して回答を得た。対象者を「精神的に安定し心身とも健全」な者、「バーンアウト徴候がみられる」者、「バーンアウトに陥っている状態」の者、「臨床的にうつ状態」の者に分け、比較を行った。

【結果】 1. こころの問題だけを考慮すると、この 4 週間の仕事に発揮できた生産性の通常発揮できた生産性に対する割合 (%) は、臨床的うつ状態の者が $57.7 \pm 14.3\%$ で最も低く、次がバーンアウトに陥っている状態である者であり、精神的に安定し心身とも健全である者が $79.4 \pm 17.2\%$ で最も高かった ($P < 0.01$)。2. こころの問題によって、この 4 週間に失われた就業時間は、臨床的うつ状態の者が 7.1 ± 7.4 時間で最も長く、次がバーンアウトに陥っている状態である者であり、精神的に安定し心身とも健全である者が 1.5 ± 6.4 時間で最も短かった ($P < 0.05$)。3. こころの問題による労働障害指数は、臨床的うつ状態の者が 27.2 ± 7.1 で最も大きく、次がバーンアウトに陥っている状態である者であり、精神的に安定し心身とも健全である者が 16.4 ± 5.5 で最も小さかった ($P < 0.01$)。

【結論】 バーンアウトは仕事の生産性を低下させるので、看護師のバーンアウトを予防することは病院経営上、重要である。

(日職災医誌, 62 : 173—178, 2014)

—キーワード—

看護師, バーンアウト, 仕事の生産性

はじめに

近年、わが国でも、出勤はできているが、疾病等の健康問題により労働能力が低下することが課題となる Presenteeism が問題となってきている¹⁾。Presenteeism は、具体的にいえば 1. 職務が遂行できない時間, 2. 仕事の質の低下, 3. 仕事の量の低下, 4. 対人関係の不十分さ, 5. 好ましくない職場文化, を含むと定義されている²⁾³⁾。この Presenteeism を評価する方法のひとつに労働障害指数 (Work Impairment Score) や欠勤による損失労働時間測定がある¹⁾。

著者らは、これまで、勤務医や看護師のバーンアウト (燃え尽き) に関連する要因について、検討してきた^{4)~6)}。英国の研究では、看護師の燃え尽きに起因する見積もり経費および仕事の生産性の不全は、およそ 7 億ポンドで

あった^{7)~9)}。この報告を基に、最近、イランにおいて看護師、心理士、ソーシャル・ワーカー等の医師以外の精神保健サービス供給者を対象に調査した結果、バーンアウト得点と仕事の生産性不全 (inability of job performance) 程度が正の相関していたことが報告された⁹⁾。

そこで、今回、著者らは、病院看護師を対象に女性看護師のバーンアウトの仕事の生産性への影響を労働障害指数と欠勤による損失労働時間を用いて検討したので報告する。

対象と方法

A 総合病院の看護師 260 名を対象に、無記名自記式のアンケート調査を実施した。なお本調査に先立ち、岐阜大学大学院医学系研究科医学研究等倫理審査委員会の承認を得た。

調査票の内容は、性、年齢、勤務状況（ここ1カ月の勤務日数、夜勤回数、休日日数、病院での1日の実労働時間、休憩時間、待機時間、自己研修時間および病院にいる時間のそれぞれの平均）、病院でのパソコン使用時間、日常生活習慣（森本¹⁰⁾の8項目の健康習慣）、Pinesの「バーンアウトスケール」の日本語版¹¹⁾、Stanford Presenteeism Scaleの日本語版¹⁾、自覚的ストレス度、自覚的精神健康状態、離職願望の有無、等である。

自覚的ストレス度の尺度として、0%（最低）から100%（最高）としたvisual analogue scale（VAS）を用いた。

自覚的精神健康状態は、4分法（「とても健康である」、「比較的健康である」、「どちらかいうと健康でない」および「不健康である」）を用いた。

バーンアウトスケールの回答から判定基準¹¹⁾に従い、バーンアウト得点を算出した。算出した得点により、2.9点以下では「精神的に安定し心身とも健全」、3.0~3.9点では「バーンアウト徴候がみられる」、4.0~4.9点では「バーンアウトに陥っている状態」、5.0点以上では「臨床的にうつ状態」と判定される¹¹⁾。

調査した日常生活習慣8項目に対して、森本の基準¹⁰⁾に従って、それぞれの項目の好ましい生活習慣に1、好ましくない生活習慣に0を得点として与え、その合計を算出した。

女性看護師のバーンアウトの仕事の生産性への影響を評価するためにStanford Presenteeism Scaleの日本語版¹⁾を用いた。この調査票では、元々、最初に種々の健康上の問題の選択し、「一番の健康上の問題」が、仕事の生産性に影響した頻度について回答するようになっていた。今回は、対象者に「バーンアウト」以外に健康上の問題がないと仮定して、この調査票を用いた。また、Stanford Presenteeism Scaleの日本語版¹⁾には、種々の健康上の問題の選択肢のひとつとして、「うつ病、不安または情緒不安定」がある。したがって、本来なら「一番の健康上の問題」を「バーンアウト」にして回答を得るべきであるが、「バーンアウト」では漠然として回答しにくい。そこで、本調査では、燃え尽きると抑うつ感、不安感、イライラ感といったところの問題が増すことがわかっている^{4)~6)}ことから「一番の健康上の問題」を「ところの問題」に置換して回答を得た。

調査は2012年6月に実施し、249名から回答を得た（回収率95.7%）。看護師のバーンアウト状況は、経験年数1年以上と1年未満は異なる⁶⁾。そこで、今回は、例数が圧倒的に多い看護師経験年数1年以上の女性看護師（195名、平均年齢33.1±8.5歳）を解析対象者とした。

各アンケート項目に対して無回答の場合は、その項目の解析から除外した。結果は、平均値±標準偏差（最小～最大）で示した。有意差検定は、一元配置分散分析および χ^2 検定を用いて行い、 $P<0.05$ で有意差ありと判定した。

結 果

表1に対象者の特徴を示した。1日の実労働時間は、臨床的うつ状態の者およびバーンアウトに陥っている状態である者（共に 9.3 ± 1.2 時間）が最も長く、精神的に安定し心身とも健全である者が 8.7 ± 1.1 時間で最も短かった（ $P<0.05$ ）。休憩時間は、バーンアウトに陥っている状態である者が 0.65 ± 0.18 時間で最も短く、次が臨床的うつ状態の者であり、精神的に安定し心身とも健全である者が 0.74 ± 0.17 時間で最も長かった（ $P<0.05$ ）。その他での在院時間は、臨床的うつ状態の者が 1.7 ± 3.7 時間で最も長く、次がバーンアウトに陥っている状態である者であり、精神的に安定し心身とも健全である者が 0.3 ± 0.6 時間で最も短かった（ $P<0.05$ ）。森本のライフスタイル得点は、臨床的うつ状態の者が 45 ± 1.3 点で最も低く、次がバーンアウトに陥っている状態である者であり、精神的に安定し心身とも健全である者が 5.5 ± 1.3 点で最も高かった（ $P<0.05$ ）。自覚的ストレス度は、臨床的うつ状態の者が $80.4\pm 11.1\%$ で最も高く、次がバーンアウトに陥っている状態である者であり、精神的に安定し心身とも健全である者が $46.9\pm 23.2\%$ で最も低かった（ $P<0.01$ ）。

表2に対象者の自覚的精神健康状態を示した。「どちらかいうと健康でない」または「不健康である」と回答した割合は、臨床的うつ状態の者では、共に最も高率（それぞれ52.9%、17.6%）であったが、精神的に安定し心身とも健全である者でも、共に2.6%いた（ $P<0.01$ ）。また、「とても健康である」と回答した者は、全員精神的に安定し心身とも健全である者であった。

表3に対象者の仕事の生産性を示した。こころの問題だけを考慮すると、この4週間の仕事に発揮できた生産性の通常発揮できた生産性に対する割合（%）は、臨床的うつ状態の者が $57.7\pm 14.3\%$ で最も低く、次がバーンアウトに陥っている状態である者であり、精神的に安定し心身とも健全である者が $79.4\pm 17.2\%$ で最も高かった（ $P<0.01$ ）。こころの問題によって、この4週間に失われた就業時間は、臨床的うつ状態の者が 7.1 ± 7.4 時間で最も長く、次がバーンアウトに陥っている状態である者であり、精神的に安定し心身とも健全である者が 1.5 ± 6.4 時間で最も短かった（ $P<0.05$ ）。こころの問題による労働障害指数は、臨床的うつ状態の者が 27.2 ± 7.1 で最も大きく、次がバーンアウトに陥っている状態である者であり、精神的に安定し心身とも健全である者が 16.4 ± 5.5 で最も小さかった（ $P<0.01$ ）。

表4に対象者のここ1カ月間における離職願望の有無を示した。離職願望が「非常によくある」と回答した者の割合は、臨床的うつ状態の者が64.7%で最も高く、次がバーンアウトに陥っている状態である者であり、精神的に安定し心身とも健全である者が2.6%で最も低かつ

表1 対象者の特徴

	臨床的にうつ状態 (N=17)	バーンアウトに 陥っている状態である (N=34)	バーンアウトの 警戒徴候がみられる (N=66)	精神的に安定し 心身とも健全である (N=78)	全体 (N=195)
年齢 (歳)	33.6±7.8 (24 ~ 43)	31.5±9.3 (21 ~ 47)	33.2±8.4 (23 ~ 51)	33.5±8.4 (22 ~ 59)	33.1±8.5 (21 ~ 59)
身長 (cm)	158.6±5.4 (150 ~ 170)	157.6±4.7 (148 ~ 170)	157.5±6.2 (144 ~ 173)	158.8±5.4 (148 ~ 169)	158.2±5.6 (144 ~ 173)
体重 (kg)	50.2±6.6 (40 ~ 61)	49.7±4.9 (42 ~ 62.5)	50.6±7.6 (37 ~ 74)	51.3±6.7 (41 ~ 73)	50.7±6.7 (37 ~ 74)
BMI	20.0±2.6 (15.6 ~ 26.1)	20.0±1.8 (15.2 ~ 23.5)	20.4±3.0 (15.6 ~ 28.3)	20.3±2.2 (16.8 ~ 28.3)	20.2±2.5 (15.2 ~ 28.3)
看護師経験年数 (年)	11.7±7.4 (3.2 ~ 22.3)	8.9±7.8 (1.2 ~ 24.3)	10.5±7.3 (1.2 ~ 24.3)	10.8±7.9 (1.1 ~ 30)	10.4±7.6 (1.1 ~ 30)
勤務日数 (日/月)	19.1±4.5 (6 ~ 22)	19.9±2.6 (10 ~ 22)	19.4±3.7 (8 ~ 28)	18.7±4.2 (6 ~ 29)	19.2±3.8 (6 ~ 29)
夜勤回数 (回/月)	4.4±3.3 (0 ~ 12)	4.5±2.4 (0 ~ 10)	3.3±2.3 (0 ~ 10)	3.2±3.1 (0 ~ 13)	3.6±2.8 (0 ~ 13)
休日日数 (日/月)	9.1±0.9 (8 ~ 11)	9.5±1.2 (8 ~ 14)	9.1±1.4 (1 ~ 12)	9.2±1.0 (7 ~ 13)	9.2±1.2 (1 ~ 14)
実労働時間 (時間/日)*	9.3±1.2 (7.6 ~ 11)	9.3±1.2 (7.8 ~ 12)	8.9±1.1 (7 ~ 12)	8.7±1.1 (7 ~ 12)	8.9±1.1 (7 ~ 12)
実労働時間 (時間/週)	42.8±8.2 (24.0 ~ 54.6)	44.0±6.2 (35.0 ~ 61.6)	41.9±6.7 (26.4 ~ 58.8)	40.4±6.5 (25.2 ~ 53.8)	41.7±6.8 (24.0 ~ 61.6)
休憩時間 (時間/日)*	0.67±0.15 (0.5 ~ 1)	0.65±0.18 (0.3 ~ 1)	0.72±0.15 (0.3 ~ 1)	0.74±0.17 (0.3 ~ 1)	0.7±0.2 (0.3 ~ 1)
待機時間 (時間/日)	0.3±0.4 (0 ~ 1)	0.4±0.5 (0 ~ 2)	0.3±0.5 (0 ~ 3)	0.5±1.7 (0 ~ 9)	0.4±1.2 (0 ~ 9)
自己研修時間 (時間/日)	0.3±0.4 (0 ~ 1)	0.3±0.4 (0 ~ 1.8)	0.5±1.4 (0 ~ 10)	0.2±0.4 (0 ~ 2)	0.3±0.9 (0 ~ 10)
その他の在院時間 (時間/日)*	1.7±3.7 (0 ~ 12)	0.7±1.8 (0 ~ 10)	0.6±1.6 (0 ~ 12)	0.3±0.6 (0 ~ 4.3)	0.6±1.7 (0 ~ 12)
病院在院時間 (時間/日)	10.4±1.2 (8.1 ~ 11.8)	10.4±1.1 (8.8 ~ 12.5)	10.3±1.4 (7.5 ~ 14)	10.0±1.2 (8 ~ 13)	10.2±1.3 (7.5 ~ 14)
睡眠時間	6.1±1.1 (4 ~ 8)	6.1±1.2 (4 ~ 8)	6.6±1.1 (4.5 ~ 9.8)	6.3±1.0 (4 ~ 10)	6.4±1.1 (4 ~ 10)
喫煙量 (本/日)	0.6±2.4 (0 ~ 10)	0.3±1.0 (0 ~ 5)	1.1±3.2 (0 ~ 20)	0.8±3.1 (0 ~ 20)	0.9±0.3 (0 ~ 1)
飲酒日数 (日/週)	1.4±2.4 (0 ~ 7)	1.3±2.3 (0 ~ 7)	1.1±1.9 (0 ~ 7)	1.0±1.8 (0 ~ 7)	1.1±2.0 (0 ~ 7)
飲酒量 (合/回)	0.3±0.5 (0 ~ 1.3)	0.5±1.2 (0 ~ 4.5)	0.4±0.7 (0 ~ 3)	0.3±0.6 (0 ~ 2.5)	0.4±0.8 (0 ~ 4.5)
アルコール量 (g/回)	9.2±14.6 (0 ~ 34.2)	13.9±33.7 (0 ~ 122.4)	10.1±19.8 (0 ~ 81.0)	8.8±15.0 (0 ~ 68.4)	10.1±20.4 (0 ~ 122.4)
森本のライフスタイル得点*	4.5±1.3 (2 ~ 6)	5.0±1.2 (3 ~ 8)	5.1±1.3 (3 ~ 8)	5.5±1.3 (2 ~ 8)	5.2±1.3 (2 ~ 8)
病院でのパソコン使用時間(時間)	2.1±1.5 (0.2 ~ 5)	2.1±1.0 (0.3 ~ 5)	2.0±1.3 (0 ~ 6.5)	1.8±1.0 (0 ~ 5)	1.9±1.2 (0 ~ 6.5)
同居家族数 (本人含む)	2.3±1.6 (1 ~ 6)	3.3±2.1 (1 ~ 8)	2.7±1.8 (0 ~ 7)	3.3±1.7 (1 ~ 7)	3.0±1.8 (0 ~ 8)
ストレス度 (%)**	80.4±11.1 (60 ~ 100)	68.8±18.3 (20 ~ 100)	58.6±17.2 (20 ~ 100)	46.9±23.2 (2 ~ 100)	57.7±22.2 (2 ~ 100)

平均値±標準偏差 (最小~最大)
4群の差：*P<0.05, **P<0.01

表2 対象者の自覚的精神健康状態**

	とても 健康である	比較的 健康である	どちらかという 健康でない	不健康である	全体
臨床的にうつ状態	0 (0.0)	5 (29.4)	9 (52.9)	3 (17.6)	17 (100.0)
バーンアウトに陥っている状態である	0 (0.0)	17 (51.5)	13 (39.4)	3 (9.1)	33 (100.0)
バーンアウトの警戒徴候がみられる	0 (0.0)	56 (84.8)	9 (13.6)	1 (1.5)	66 (100.0)
精神的に安定し心身とも健全である	8 (10.4)	65 (84.4)	2 (2.6)	2 (2.6)	77 (100.0)
全体	8 (4.1)	143 (74.1)	33 (17.1)	9 (4.7)	193 (100.0)

人数 (%)
4群の差：**P<0.01

表3 対象者の仕事の生産性

	臨床的にうつ状態 (N=17)	バーンアウトに陥って いる状態である (N=29)	バーンアウトの警戒徴候 がみられる (N=60)	精神的に安定し心身とも 健全である (N=72)	全体 (N=178)
こころの問題だけを考慮 すると、この4週間の仕事 中に発揮できた生産性 の通常発揮できた生産性 に対する割合 (%)**	57.7±14.3 (30 ~ 80)	62.6±19.1 (20 ~ 100)	71.3±16.7 (20 ~ 100)	79.4±17.2 (0 ~ 100)	71.8±18.6 (0 ~ 100)
こころの問題によって、 この4週間に失われた就 業時間 (時間)*	7.1±7.4 (0 ~ 20)	3.4±3.6 (0 ~ 12)	2.3±3.8 (0 ~ 14)	1.5±6.4 (0 ~ 50)	2.3±5.4 (0 ~ 50)
こころの問題による労働 障害指数**	27.2±7.1 (17 ~ 40)	24.9±5.5 (17 ~ 37)	20.6±5.2 (10 ~ 37)	16.4±5.5 (10 ~ 35)	20.2±6.6 (10 ~ 40)

平均値±標準偏差 (最小~最大)
4群の差：**P<0.01, *P<0.05

表4 対象者のここ1カ月間における離職願望の有無**

	非常によくある	まあまあよくある	少しある	全くない	全体
臨床的うつ状態	11 (64.7)	5 (29.4)	1 (5.9)	0 (0.0)	17 (100.0)
バーンアウトに陥っている状態である	8 (23.5)	13 (38.2)	11 (32.4)	2 (5.9)	34 (100.0)
バーンアウトの警戒徴候がみられる	5 (7.6)	25 (37.9)	30 (45.5)	6 (9.1)	66 (100.0)
精神的に安定し心身とも健全である	2 (2.6)	13 (16.7)	40 (51.3)	23 (29.5)	78 (100.0)
全体	26 (13.3)	56 (28.7)	82 (42.1)	31 (15.9)	195 (100.0)

人数 (%)

4群の差: **P<0.01

た。一方、離職願望が「全くない」と回答した者の割合は、臨床的うつ状態の者が0.0%で最も低く、次がバーンアウトに陥っている状態である者であり、精神的に安定し心身とも健全である者が29.5%で最も高かった (P<0.01)。

考 察

看護師のバーンアウトは、個人的要因より過重労働、時間的切迫、患者との直接的な接触の多さなど心理社会的労働環境に、関連しているとされている¹²⁾¹³⁾。本調査の経験年数1年以上の女性看護師でも、バーンアウト度が強い程、概して自覚的ストレス度が高く、1日の実労働時間が長く、休憩時間が短く、自覚的ストレスの度合い、労働時間、睡眠時間を含むライフスタイル得点も、バーンアウトが強い程、低くなっていた。

今回、女性看護師のバーンアウトの仕事の生産性への影響を評価する方法として、Stanford Presenteeism Scaleの日本語版¹⁾を用い、「バーンアウト」のかわりに「こころの問題」で評価した。しかし、バーンアウトだけがこころの問題はない。実際、離職願望が最も少なかった「精神的に安定し心身とも健全である」と判定された者のうち5.2%が、自覚的精神健康状態が「どちらかいうと健康でない」または「不健康である」と回答していた。また、離職願望が最も強かった「臨床的うつ状態」と判定された者のうち29.4%が「比較的健康である」と回答していた。したがって、以下の考察では、この点を考慮する必要がある。

わが国の労働者が健康上の問題で仕事に発揮できなくなる生産性の割合は、まだよくわかっていない¹⁾。本研究の看護師全体では、こころの問題だけを考慮すると、この4週間の仕事に発揮できた生産性の通常発揮できた生産性に対する割合(%)は71.8%であった。この結果は、調査した病院の経験年数1年以上の看護師では仕事の生産性は、こころの問題だけで約30%低下したことを示している。経験年数1年以上の看護師の労働時間を1カ月あたり160時間と仮定した場合、こころの問題による損失労働時間は2.3時間であり、全体の1.4%に相当していた。この結果から、この病院のこころの問題による1カ月あたりの経済損失を算出すると、調査した時点

の病院における看護師の給与が国家公務員に準じていたため平均給与月額が342,896円であった¹⁴⁾ことから、看護師一人あたり4,800円であった。

発揮できた仕事の生産性の割合をバーンアウトの度合いで観てみると、精神的に安定し心身とも健全である者が通常の79.4%で最も高く、バーンアウトの度合いが高いほど程低下し、臨床的うつ状態の者では通常の57.7%で最も低くなっていた。この結果は、経験年数1年以上の看護師では、バーンアウトが最も進んで臨床的うつ状態になると発揮できる生産性が約20%低下することを示している。

1カ月あたりの損失労働時間は、精神的に安定し心身とも健全である者が1.5時間(全体の0.9%)で最も短く、バーンアウトの度合いが高いほど程増加し、臨床的うつ状態の者では7.1時間(全体の4.4%)で最も長くなっていた。この結果は、経験年数1年以上の看護師では、バーンアウトが最も進んで臨床的うつ状態になると損失労働時間が3.5%増加することを示している。したがって、バーンアウトが最も進んだ臨床的うつ状態になることによって増加する病院の経済損失は、看護師一人あたり1カ月で12,000円と算出される。

本調査の看護師全体では、こころの問題による労働障害指数は20.2であった。また、労働障害指数は、精神的に安定し心身とも健全である者が16.4で最も小さく、バーンアウトの度合いが高いほど程増加し、臨床的うつ状態の者では27.2で最も大きかった。この結果から、経験年数1年以上の看護師では、バーンアウトが最も進んだ臨床的うつ状態になると労働障害指数が約10増加することがわかった。

和田ら¹⁾は、製造業の事業場で労働障害指数が最も高かった慢性疾患は、米国での調査¹⁵⁾と同様にこころの問題である「うつ病・不安又は情緒不安定」(34.7)であったことを報告している。前述したように、燃え尽きると抑うつ感、不安感、イライラ感といったうつ病様の症状の有訴率が増す¹⁾⁻⁶⁾。本研究の看護師のバーンアウトによる労働障害指数は、「うつ病・不安又は情緒不安定」による指数より低かった。増子ら¹⁶⁾は、バーンアウトはうつ状態と密接な関連を有しつつも、バーンアウト固有の因子を内包しており、単にうつ状態の一形態としては捉えがた

いとしている。Fahrenkopfら¹⁷⁾も、一般にバーンアウト者は、そうでない者より医療事故を起こす頻度が高いとされているが、これはうつ病の合併に起因するものであるとしている。しかし、本研究では、看護師のうつ病のスクリーニングを実施していないため、この点については、今後、さらに検討する必要がある。

今回も、従来からいわれているように¹⁸⁾、看護師の離職願望はバーンアウトの度合いが高い程、強かった。労働生産性の高い熟練した看護師がバーンアウトして離職すれば、結果的に病院の労働生産性が低下することになる。

以上の結果から、看護師のバーンアウトを予防することは病院経営上においても重要なことと考えられる。

謝辞：データの整理を手伝ってくれた奥村まゆみ氏に感謝する。

文 献

- 1) 和田耕治, 森山美緒, 奈良井理恵, 他：関東地区の事業場における慢性疾患による仕事の生産性への影響. 産衛誌 49 : 103—109, 2007.
- 2) Evans CJ: Health and work productivity assessment: state of the art or state of flux? J Occup Environ Med 46: S3—S11, 2004.
- 3) Burton WN, Pransky G, Conti DJ, et al: The association of medical conditions and presenteeism. J Occup Environ Med 46: S38—S45, 2004.
- 4) 井奈波良一, 井上真人：1年目研修医のバーンアウトと職業性ストレスおよび対処特性の関係. 日職災医誌 58 (3) : 101—108, 2010.
- 5) 井奈波良一, 井上真人, 日置敦巳：大規模自治体病院の男性勤務医のバーンアウトと勤務状況, 職業性ストレスおよび対処特性の関係. 日職災医誌 58 (5) : 220—227, 2010.
- 6) 井奈波良一, 井上真人：女性看護師のバーンアウトと職業性ストレスの関係—経験年数1年未満と1年以上の看護師の比較—. 日職災医誌 59 (3) : 129—136, 2011.
- 7) Noran P, Smojkins M: The mental health of nurses in the UK. Adv Psychiat Treat 9: 374—379, 2003.
- 8) Warr P, Cook J, Wall T: Scale for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. J Occup Psychol 52: 129—148, 1979.
- 9) Ashtari Z, Farhady Y, Khodae MR: Relationship between job burnout and work performance in a sample of Iranian mental health staff. Afr J Psychiatry 12: 71—74, 2009.
- 10) 森本兼囊：ライフスタイルと健康. 日衛誌 54 : 572—591, 2000.
- 11) 稲岡文昭：Burnout現象とBurnoutスケールについて. 看護研究 21 : 147—155, 1988.
- 12) Escriba-Aguir V, Martin-Baena D, Perez-Hoyos S: Psychosocial work environment and burout among emergency medical and nursing staff. Int Arch Occup Environ Health 80: 127—133, 2006.
- 13) Karasek R, Theorell T: Healthy work stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York, Basic Books, 1990, pp 348.
- 14) 人事院：国家公務員給与の概要. 2012年8月. <http://www.jinji.go.jp/kyuuyo/kou/24gaiyou.pdf>. 2013/08/09.
- 15) Koopman C, Pelletier KR, Murray JF, et al: Stanford presenteeism scale: health status and employer productivity. J Occup Environ Med 46: 1123—1133, 2004.
- 16) 増子詠一, 山岸みどり, 岸 玲子, 三宅浩次：医師・看護師など対人サービス職業従事者の「燃えつき症候群」(1) Maslach Burnout Inventoryによる因子構造の解析とSDSうつスケールとの関連. 産業医学 31 (4) : 203—215, 1989.
- 17) Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, et al: Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. BMJ 336 (7642): 488—491, 2008.
- 18) Maslach C, Schauferi WB, Leiter MP: Job burnout. Annu Rev Psychol 52: 397—422, 2001.

別刷請求先 〒501-1194 岐阜市柳戸1番1
岐阜大学大学院医学系研究科産業衛生学分野
井奈波良一

Reprint request:

Ryoichi Inaba
Department of Occupational Health, Gifu University Graduate School of Medicine, 1-1, Yanagido, Gifu, 501-1194, Japan

Effect of Burnout on Work Performance among Female Nurses

Ryoichi Inaba

Department of Occupational Health, Gifu University Graduate School of Medicine

This study was designed to evaluate the effect of burnout on work performance among female nurses in a general hospital. A self-administered questionnaire survey on the related determinants was performed among 195 female nurses with the occupational career of one year and/or more (age: 33.1 ± 8.5 years). The subjects were divided into four groups (subjects with healthy mind, subjects with signs of burnout, subjects with burnout and subjects with clinically depressive state). To evaluate the effect of burnout on work performance, Japanese translation version of Stanford Presenteeism Scale¹⁾ was used, and phrases such as “the biggest health problem” in each question were changed to “the mental health problem”.

The results obtained were as follows:

1. Considering only the mental health problem, ratio of work performance (%) for the performance that can be usually shown during this 4-week work was the lowest in $57.7 \pm 14.3\%$ among subjects with clinically depressive state followed by that among subjects with burnout. It was the highest in $79.4 \pm 17.2\%$ among the healthy subjects ($P < 0.01$).

2. Lost working hours due to the mental health problem during this 4-week work was the longest in 7.1 ± 7.4 hours among subjects with clinically depressive state followed by that among subjects with burnout. It was the shortest in 1.5 ± 6.4 hours among the healthy subjects ($P < 0.05$).

3. Work Impairment Score due to the mental health problem during this 4-week work was the biggest in 27.2 ± 7.1 among subjects with clinically depressive state followed by that among subjects with burnout. It was the smallest in 16.4 ± 5.5 among the healthy subjects ($P < 0.01$).

These results suggest that it is important on the management of the hospital to prevent against burnout among nurses as it reduces the work performance.

(JJOMT, 62: 173—178, 2014)